

## **Doporučení dětského lékaře k odkladu povinné školní docházky**

Pro Základní školu a mateřskou školu Šumavské Hoštice

(podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, kde je specifikován v § 36 v platném znění)

Jméno dítěte: .....

Datum narození.....

Adresa bydliště: .....

Vyjádření k odkladu povinné školní docházky

Doporučuji/Nedoporučuji odklad povinné školní docházky o jeden školní rok

V .....

Razítko a podpis dětského lékaře.....